

ANNÉE 1953

N°

274

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

MÉREL Simonne

2 AVRIL 1922

CLICHY (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT PSYCHOSOMATIQUE DE L'ALCOOLISME

Service du Docteur BELEY - Hôpital Montperrin

Président : M. J. DELAY, Professeur

1953



CONTRIBUTION A L'ETUDE

D U

TRAITEMENT PSYCHOSOMATIQUE DE L'ALCOOLISME

-:-:-:-:-

( SERVICE DU DOCTEUR BELEY - HOPITAL MONTPERRIN )

-:-:-:-:-



Année 1953

N°

T H E S E  
pour le  
DOCTORAT EN MEDECINE

( Diplôme d'Etat )

par

MEREL Simonne  
2 avril 1922  
CLICHY ( Seine )

Présentée et soutenue publiquement le

19

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT PSYCHOSOMATIQUE  
DE L'ALCOOLISME

( Service du Docteur BELEY - Hôpital Montperrin )

---

Président : M. J. D E L A Y , Professeur



.....

.....

M. BAUDOUIN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H) Guillain, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombredanne, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... Léon BINET  
Membre de l'Institut  
ASSESEUR ..... Jean VERNE

## I. - PROFESSEURS

MM.

|                                                               |                       |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Anatomie .....                                                | CORDIER (G.)          |
| Anatomie pathologique .....                                   | DELA RUE (A.)         |
| Bactériologie .....                                           | GASTINEL (P.)         |
| Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports ..... | CHAILLEY-BERT (P.)    |
| Biologie médicale .....                                       | VERNE (J.)            |
| Cancérologie médicale et sociale .....                        | HUCUENIN (R.)         |
| Carcinologie .....                                            | OBERLING (C.)         |
| Chimie médicale .....                                         | POLONOVSKI (M.)       |
|                                                               | (Hôtel-Dieu .....     |
|                                                               | BROCQ (P.)            |
|                                                               | (Saint-Antoine .....  |
|                                                               | CADENAT (F.)          |
| Cliniques chirurgicales .....                                 | (Salpêtrière .....    |
|                                                               | MONDOR (H.)           |
|                                                               | (Cochin .....         |
|                                                               | QUENU (J.)            |
| Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique .....       | MERLE D'AUBIGNE (R.)  |
| Clinique de cardiologie .....                                 | DONZELOT (E.)         |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie .....         | FEVRE (M.)            |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire .....                 | MONOD (R.)            |
| Clinique de la tuberculose .....                              | BERNARD (E.)          |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                             | PETIT-DUTAILLIS (D.)  |
| Clinique de puériculture .....                                | LELONG (M.)           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....         | DEGOS (R.)            |
| Clinique des maladies du sang .....                           | CHEVALLIER (P.)       |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                | ALAJOUANINE (T.)      |
| Clinique des maladies des enfants .....                       | DEBRE (R.)            |
| Clinique des maladies infectieuses .....                      | MOLLARET (P.)         |
| Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale .....       | DELAY (J.)            |
| Clinique gynécologique .....                                  | FUNCK-BRENTANO (P.)   |
|                                                               | (Hôtel-Dieu .....     |
|                                                               | BENARD (H.)           |
| Cliniques médicales .....                                     | (Bichat .....         |
|                                                               | LAROCHE (G.)          |
|                                                               | (Cochin .....         |
|                                                               | MOREAU (R.)           |
|                                                               | (Pitié .....          |
|                                                               | LEMAIRE (A.)          |
| Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique .....    | JUSTIN-BESANCON (L.)  |
| Clinique médicale propédeutique .....                         | EASTEUR VALLERY RADOT |



|                                                                                              |                           |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|
| Cliniques obstétricales                                                                      | ( Tarnier .....           | LENTUEJOL (P.)   |
|                                                                                              | ( Baudelocque .....       | LEVY-SOLAL (E.)  |
|                                                                                              | ( Port-Royal .....        | LACOMME (M.)     |
| Clinique ophtalmologique.....                                                                |                           | VELTER (E.)      |
| Clinique Oto-rhino-laryngologique.....                                                       |                           | AUBIN (A.)       |
| Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires<br>( chaire à titre personnel )..... |                           | RICHET (C.)      |
| Clinique psychiatrique infantile.....                                                        |                           | HEUYER (C.)      |
| Clinique rhumatologique.....                                                                 |                           | COSTE (F.)       |
| Clinique stomatologique .....                                                                |                           | DECHAUME (M.)    |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                                                     |                           | SENEQUE (J.)     |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                                        |                           | CHABROL          |
| Clinique urologique .....                                                                    |                           | FEY (B.)         |
| Embryologie .....                                                                            |                           | GIROUD (A.)      |
| Génétique .....                                                                              |                           | LAMY (M.)        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie :.....                                            |                           | MOUQUIN (M.)     |
| Histologie .....                                                                             |                           | CHAMPY (C.)      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                                             |                           | CATHALA (J.)     |
| Hygiène et médecine préventive .....                                                         |                           | JOANNON (C.)     |
| Médecine du travail .....                                                                    |                           | DESCILLE (H.)    |
| Médecine légale .....                                                                        |                           | PIEDELIEVRE (R.) |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                                            |                           | GALLIARD (H.)    |
| Pathologie chirurgicale.....                                                                 | DE GAUDART D'ALLAINES (F) |                  |
| Pathologie exotique .....                                                                    | LAVIER (G.)               |                  |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                                                   | LENEGRE (J.)              |                  |
| Pathologie médicale .....                                                                    | BARIETY (M.)              |                  |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                                                  | DE GENNES (L.)            |                  |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                                      | HAZARD (R.)               |                  |
| Physico-chimie médicale ( chaire à titre personnel ).....                                    | DOGNON (A.)               |                  |
| Physiologie .....                                                                            | BINET (L.)                |                  |
| Physique médicale .....                                                                      | STROHL (A.)               |                  |
| Radiologie médicale .....                                                                    | DESGREZ (H.)              |                  |
| Technique chirurgicale .....                                                                 | MOULONGUET (P.)           |                  |
| Thérapeutique .....                                                                          | TURPIN (R.)               |                  |

## II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

|                           |                                                  |                                                   |                                                                                                         |
|---------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MI                        |                                                  | MM.                                               |                                                                                                         |
| Anatomie .....            | (DEBEYRE (J.)<br>(DELMAS (A.)                    | ( HUGUIER (J.)<br>( LAURENCE (G.)<br>( LEGER (L.) |                                                                                                         |
| Anatomie pathologique.... | (GAUTHIER-VILLARS<br>(Mle P.) Pr.s.ch.<br>(EUSSE | Pathologie<br>chirurgicale..                      | ( OLIVIER (Cl)<br>( PADOVANI (P.)<br>( POILLEUX (M.)<br>( ROUX (M.)<br>( RUDIER (J.C.)<br>( VERNE (J.M) |
| Bactériologie .....       | (FASQUELLE (R.)<br>(NEVOT (A.)                   |                                                   |                                                                                                         |
| Biologie médicale.....    | (BOURLIERE (F.)<br>(ITTORI (J.)<br>( Pr;s.ch.    | Pathologie<br>expérimentale..                     | MEIKLEN (P.)                                                                                            |
| Chimie médicale .....     | (JAYLE (M.F.)<br>( Pr.s.ch.)<br>(SCHAPIRA (G.)   |                                                   |                                                                                                         |



|                             |                |                                       |
|-----------------------------|----------------|---------------------------------------|
| Dermato-syphiligraphie..... | N...           | (BERNARD (J.)                         |
|                             | (BULLIARD (H.) | (BOUDIN (G.)                          |
| Histologie.....             | { Pr. s.ch.    | (CASTAIGNE (P.)                       |
|                             | (COUJARD (R.)  | (CONTE (M.)                           |
|                             | (DESCLAUX (P.) | (DECOURT (J.)                         |
| Hydrologie.....             | DEBRAY (C.)    | (DOMART (A.)                          |
| Hygiène .....               | (BOYER (J.)    | (DREYFUS (Gilbert                     |
|                             | (DEPARIS (M.)  | (FAUVERT (R.)                         |
| Médecine légale.....        | (DEROBERT (L.) | Pathologie médicale.. (HAMBURGER (J.) |
|                             | (GAULTIER (M.) | (KOURILSKY (R.)                       |
| Neuro-chirurgie.....        | N...           | (MILLIEZ (P.)                         |
| Neurologie.....             | SEZE (S de )   | (PERRAULT (M.)                        |
|                             | (GRASSET (J.)  | (RAMBERT (P.)                         |
|                             | (LEPAGE (F.)   | (THIEFFRY (St)                        |
| Obstétrique.....            | (MAYER (M.)    | (TURIAF (J.)                          |
|                             | (MERGER (R.)   | (N...                                 |
|                             | (RAVINA (J.)   | (N...                                 |
|                             | (VARANKOT (J.) | (N...                                 |
| Ophtalmologie.....          | { OFFRET (G.)  | Pédiatrie..... (LAPLANE (R.)          |
|                             | (DESIGNES (P.) | (MARIE (J.)                           |
|                             | (HALPHEN (E.)  | (LEVY (Mlle J.)                       |
|                             | { Pr. s. ch.   | Pharmacologie..... (Pr.s.ch.          |
|                             | (MADURO (R.)   | (CHEYMOL (J.H.)                       |
| Parasitologie.....          | BRUMPT (L.)    | (Pr. s. ch.                           |
| Parasitologie coloniale ff  | CHABAUD        | Physiologie..... (BARGETON (D.)       |
|                             | (ABOULKER (P.) | ( Pr. S. ch.                          |
| Pathologie chirurgicale.    | { BAUMANN (J.) | (PARROT (J.L.)                        |
|                             | (GOSSET (J.)   |                                       |
|                             |                | Physique médicale... (DJOURNO (A.)    |
|                             |                | (GOUGEROT (L.)                        |
|                             |                | Psychiatrie ..... BARUK (H.)          |
|                             |                | Psychiatrie infantile MICHAUX (L.)    |
|                             |                | Stomatologie..... CHAPUT (Mme A.)     |
|                             |                | Thérapeutique..... PERRAULT           |
|                             |                | chargé de l'En-                       |
|                             |                | seignement                            |
|                             |                | Urologie ..... KUSS. (R.)             |

### III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

#### RAPPELES A L'EXERCICE

#### pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (clinique chirurgicale)  
LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique)

### IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

#### CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

#### à titre permanent.

|                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| MM.                        | MM.                             |
| (AMELINE (A)               | (HAGUENAU (M.)                  |
| Clinique (MENEGAUX (G.)    | Clinique médicale (MARCHAL (G.) |
| chirurgicale.. (PATEL (J.) | (SOULIE (E.)                    |
| (SICARD (A)                |                                 |



|                   |   |              |  |                          |   |                 |
|-------------------|---|--------------|--|--------------------------|---|-----------------|
| Clinique médicale | { | BOULIN (R.)  |  | Clinique obstétricale..  | { | DIGONNET (L.)   |
|                   | { | BROUET (G.)  |  |                          | { | ECALLE (G.)     |
|                   | { | CACHERA (R.) |  | Clinique ophtalmologique | { | RENARD (G.)     |
|                   | { | GARCIN (J.)  |  | Clinique urologique..... | { | COUVELAIRE (R.) |

---

M M.

Secrétaire de la Faculté..... MOREL (J.)  
 Secrétaire-adjoint ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

---

Conservateur..... Docteur HAHN (A.)

M. DOUAN (G.) Mlles DUMAITRE (P.)  
 GOICHEN (A-M) LE NOIR (G.), METIN (F.)



A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance  
et de mon affection.

A MON FRERE

En gage de ma profonde affection

A TOUS LES MIENS



A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELAY

Professeur de Clinique des maladies  
mentales et de l'encéphale

qui a bien voulu nous faire le  
grand honneur d'accepter la  
Présidence de cette thèse,

En respectueux hommage.



A MONSIEUR LE DOCTEUR REGIS  
Officier de la Légion d'honneur

Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique d'Aix

qui a bien voulu nous accueillir  
à l'Hôpital Montperrin et nous a  
permis d'étudier dans son service  
un grand nombre de malades,

en témoignage de gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELEY

Médecin-chef des hôpitaux psychiatriques

qui nous a toujours réservé dans son  
service un accueil compréhensif, nous a  
initié à la psychiatrie et nous a inspiré,  
soutenu et encouragé au cours de ce travail,

en témoignage de notre profonde reconnaissance

A MADAME LE DOCTEUR ANDRE

Médecin-chef des hôpitaux psychiatriques

avec l'expression de notre reconnaissance  
pour les précieux enseignements qu'elle nous  
a prodigués et pour la sympathie qu'elle  
nous a toujours témoignée.

A NOS CAMARADES D'INTERNAT



## INTRODUCTION -

Depuis deux ans le Service des Admissions de l'Hôpital d'AI<sup>V</sup> reçoit une majorité d'alcooliques: 55 alcooliques pour 263 entrées en 1950 et 1951 soit près d'un quart.

Quelquefois internés volontairement, ils sont le plus souvent placés d'office; ils sont alors:

- envoyés par un médecin ou par un hôpital civil pour une crise d'agitation, un accès confusionnel plus ou moins marqué, survenu au cours d'un épisode pathologique du ressort de la médecine générale ou de la chirurgie
- ou amenés par la police dans le même état pour des faits allant du scandale aux tentatives de meurtre.

Leur nombre est assez considérable pour que l'Admission soit devenue un centre de traitement de l'alcoolisme, l'autre service des Hommes recevant les grands agités, les buveurs dont le traitement s'est révélé impossible à poursuivre à cause des incidents graves et même des accidents qu'il provoque et les malades dont la réinsertion sociale s'avère difficile sinon impossible.

Les alcooliques forment donc un gros contingent des Admissions, contingent prélevé par l'alcool presque toujours sur la partie sinon saine et normale de la population, du moins susceptible de vivre librement et par soi-même.

C'est aussi ceux que l'on peut récupérer le plus rapidement; ils constituent donc également un gros contingent des sorties.

Autant de raison de les traiter vite, bien et complètement.



## Deux faits

1<sup>o</sup>) La considération des résultats de l'enquête sociale un an après la sortie nous montrant des guérisons complètes, des guérisons partielles, des rechutes totales, cette considération nous ayant amené à revoir les dossiers de ces malades pour étudier d'une part le traitement qu'ils avaient suivi, ses incidents ses réactions et ses résultats à la sortie et d'autre part les facteurs circonstanciels de l'alcoolisme de chacun: sociaux, professionnels, héréditaires, psychologiques;

2<sup>o</sup>) Quelques accidents, cardio-vasculaires, épileptiques, dépressifs, enfin confusionnels ayant interrompu le traitement chez certains malades qui au premier abord ne présentaient aucune contre indication nette;

Ces deux faits nous ont conduit à étudier le problème thérapeutique de l'alcoolisme d'après les observations de malades internés à l'Hôpital Psychiatrique d'Aix entre 1950 et 1953.

## RAPPEL HISTORIQUE -

La thérapeutique de l'alcoolisme a subi une évolution dépendant de l'opinion morale et sociale portée par le public et le corps médical sur l'alcoolique lui-même.

L'alcoolique a d'abord été un être veule et faible qui buvait par goût, incapable qu'il était de faire un effort pour se priver de son toxique. L'alcoolisme était le résultat d'une habitude sociale, conséquence de la dissolution des mœurs et est resté jusqu'au XV<sup>ème</sup> siècle le privilège des classes riches qui possédaient les vignes. Plus tard avec l'extension de la viticulture, la consommation du vin se répandit de plus en plus et l'éthylisme, dès le milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle avait envahi toute la population. Son traitement jusque là



relevait plus de la morale que de la médecine: rappelons les mesures primitives prises par les Missi Dominici de Charlemagne contre les personnes adonnées à l'ivrognerie, les vitupérations de Calvin et les anathèmes des Jésuites.

A partir de 1830 le mouvement abstinent, surtout développé en Angleterre, en Amérique, en Allemagne et enfin en Suisse, fut le seul barrage opposé aux progrès de l'alcoolisme. (1)

Tous ces efforts visant la suppression de l'alcoolisme par la suppression de l'alcool réalisaient dans des buts moraux et religieux, le premier acte médical du traitement alcoolique, le sevrage.

C'est en effet au sevrage " suppression d'alcool et isolement que s'adressèrent les médecins pour faire les premières tentatives de désintoxication , quand le rôle étiologique de l'alcool fut envisagé en 1819 par Roger dans le délirium tremens, puis étendu aux polynévrites et aux formes moins bruyantes de l'alcoolisme.

C'est alors qu'on a observé à l'occasion du sevrage des accidents brusques et dramatiques, délirium trémens ou confusion mentale aiguë dont l'issue pouvait être fatale.

Par ailleurs, rendus à la vie courante, ces buveurs gardaient une santé précaire, une sensibilité hépatique , des troubles digestifs ou nerveux et n'hésitaient pas à se remettre à boire dès qu'ils le pouvaient.

La désensibilisation de l'organisme, tenant compte que l'alcoolique était aussi un malade au métabolisme perturbé, vint compléter le sevrage après avoir essayé l'auto-hémothérapie sans trop de succès, on en vint à l'alcool intraveineux et intramusculaire complété par la vitamino-thérapie B



d'après les indications de Bruel et Lecoq puis aux injections d'extraits hépatiques.

Les récidives pratiquement inévitables ont amené les médecins à chercher à dégouter leurs malades des boissons alcooliques par des moyens divers: en donnant à l'alcool un goût amer désagréable par l'absorption de rhodanate de K (1), d'ipéca et de son alcaloïde, l'émetine (2); en créant un réflexe nauséeux conditionné à l'alcool par l'apomorphine (3).

Enfin, depuis 1950, l'usage s'est répandu d'un nouveau corps chimique le tétra-éthyl-disulfure thiurame, qui bloque le métabolisme de l'alcool au stade de l'acide pyruvique, cet acide pyruvique à son tour détermine une crise thiuramique comparable au choc histaminique par ses effets chimiques; le buveur ne peut absorber d'alcool sans présenter un état vertigineux et nauséeux, tandis qu'une rougeur intense et violacée lui monte au visage, que son pouls et sa respiration s'accélèrent, qu'il se sent défaillir; la répétition de pareilles réactions entraîne le dégoût du buveur d'autant plus qu'à la longue l'Espéral communique aux boissons alcoolisées un goût amer.

La combinaison des deux méthodes, désintoxication puis désaccoutumance par le dégoût, permettait et permet encore de récupérer un malade qui a retrouvé un bon état général et qui est dans l'impossibilité de boire de l'alcool, s'il a le minimum de volonté, ou si quelqu'un l'a pour lui, de prendre tous les matins un ou un demi comprimé de Disulfurame.

(1) Daire - Thèse doct. Méd. Lille 1939

(2) Lemeurre et Voegtlin - U.S.A

(3) Deut - Brit. Journ. Inebr. 1934; 32p. 64.



Mais là encore ces dernières conditions ne sont pas toujours réalisées. Il fallait donc chercher encore des racines plus profondes à l'alcoolisme pour en effectuer un traitement complet. Récemment certains psychiatres et à l'origine un psychiatre suisse Forel s'inspirant des travaux de Bleuler de Légrain, du caractérologue allemand Kunkel et aussi des théories freudiennes, ont abandonné l'étude de la personnalité déjà dégradée de l'alcoolique fait de suggestibilité, d'aboulie, d'irritabilité et de diminution du sens éthique pour celle plus profonde qui sert de support à la personnalité alcoolique, celle qui est préexistante à l'alcoolisme et qui en pourrait être déterminante; ou s'est alors livré à des investigations psychologiques chez les alcooliques cherchant les facteurs circonstantiels qui entourent l'élaboration d'un alcoolisme.

De sorte qu'aux deux méthodes précédentes, désintoxication et désaccoutumance, uniquement physiologiques, s'ajoutait une troisième méthode, la psychothérapie complétée pour être efficace, par la modification des éléments ambiants permettant la réinsertion sociale. L'intérêt et la préminence de chacune varie selon le malade, la forme de la cure s'adaptant à chaque individu.

Nous nous proposons d'étudier ici les deux aspects de ce problème thérapeutique:

- médical proprement dit - désintoxication et désaccoutumance, psychiatrique plus particulièrement.
- Psychothérapie et réinsertion sociale.



## ASPECT PSYCHOLOGIQUE DE LA QUESTION

Au cours de ce chapitre nous allons chercher dans l'évolution du malade et dans ses conditions de vie les facteurs circonstantiels communs à tout alcoolisme.

### Nous pouvons distinguer

1<sup>o</sup>) des facteurs circonstantiels apparemment déterminants mais qui en réalité ne sont que des causes très occasionnelles.

2<sup>o</sup>) des facteurs circonstantiels profonds que seule une étude poussée et orientée de la personnalité du buveur pourra nous faire trouver.

ETUDIONS TOUT D'ABORD LES FACTEURS OCCASIONNELS, le plus souvent bien connus de tous.

### L'âge du malade et la durée de son intoxication.

Les malades ont pour la plupart entre 45 et 50 ans et leur alcoolisme remonte à 10, 15 ou 20 ans.

Pourquoi cet âge ? C'est l'âge où l'organisme est trop imprégné d'alcool pour supporter des doses qui autrefois étaient tolérées. En somme ce n'est pas parce qu'ils boivent davantage que ces malades font une confusion, un delirium ou présentent des troubles graves du comportement, c'est qu'ils ne peuvent plus boire sans être malades.

### La sensibilité individuelle à l'alcool et l'hérédité.

L'alcoolique en effet n'est pas le sujet qui boit du vin ou de l'alcool en grande quantité, c'est celui qui boit plus que son organisme ne peut le supporter. Les lésions organiques produites par une imprégnation éthylique permanente et longue ne permettent plus à l'organisme



d'absorber les mêmes doses qu'auparavant: le seuil de la tolérance à l'alcool est abaissé.

Cette sensibilisation joue non seulement au cours de la vie d'un individu mais aussi au cours de l'évolution de plusieurs générations: ainsi certains malades qui disent ne boire qu'un litre et demi de vin de pays et qui ont de gros désordres: hallucinations, idées délirantes, affaiblissement intellectuel, ne dissimulent pas forcément leur alcoolisme, ils peuvent présenter une tolérance individuelle faible et il s'agit souvent d'un alcoolisme de seconde génération, l'alcoolisme du père ayant préparé la voie à moindres frais à l'alcoolisme du fils.

Le buveur présente le plus souvent une viscosité mentale qui l'incline à se structurer à ceux qui évoluent autour de lui ( Dublineau ).

Considérant le niveau intellectuel de nos malades, nous avons été frappé par le grand nombre d'individus d'intelligence médiocre et nous serions tentés de rapprocher alcoolisme et débilité plus qu'il ne le faudrait. Mais ayant égard au milieu dans lequel généralement nous recrutons nos malades d'hôpital, nous ne devons pas tenir compte du niveau intellectuel; il semble qu'il y ait autant de sujets débiles chez l'homme de la rue que chez les alcooliques, débilité très souvent entretenue et développée par l'absence ou presque de fréquentation scolaire ( beaucoup n'ont pas le certificat d'études ) et le milieu social au jugement obstinément fermé. La débilité de nos malades permet seulement d'expliquer leur suggestibilité et leur facilité à suivre l'exemple des leurs pour qui le café est, avec le bal, et le cinéma la seule détente à laquelle ils puissent accéder.

L'alcoolique ne pense pas être malade. L'abus de boisson est lié à



une habitude sociale à laquelle il a le sentiment d'obéir. Dans les milieux plus évolués cette habitude se retrouve dans la coutume mondaine des apéritifs et des cocktails. Le malade suggestible réagira donc selon les habitudes du groupe auquel il appartient.

### L'influence du milieu professionnel

Nos malades en effet exercent des professions reconnues habituellement pour exposées à l'alcoolisme; le nombre des manoeuvres maçons est important, à partie égale avec les journaliers agricoles. Par ailleurs, on trouve des cuisiniers, des pâtisseries et enfin des limonadiers " bel euphémisme " pour désigner les débitants de boisson.

### Le chômage et la misère

Certains étaient en chômage depuis plusieurs mois à leur admission et vivaient aux dépens d'une femme, qui d'une amie, qui de la femme, qui de la mère.

D'autres vivaient seuls et allaient errants au hasard des routes, travaillant une journée çà, une journée là. L'origine de leur chômage tenait plus à eux-mêmes qu'à l'encombrement de leur métier: ainsi tel malade se voyait depuis huit mois fermer les portes de toutes les entreprises car il tenait à peine sur les échaffaudages; pour échapper à ses soucis d'argent et meubler son oisiveté forcée, il allait boire s'enfermer dans un cercle vicieux d'où l'hôpital aura bien du mal à le sortir.

Mais remarquons que beaucoup de nos alcooliques, entrepreneurs, commerçants, pensionnés ou retraités militaires, etc... sont leurs maîtres et n'ont pas de difficultés particulières.



### Les chagrins - les revers -

Il est fréquent d'entendre expliquer, si ce n'est excuser, un alcoolisme par un chagrin violent, deuil, divorce, déception sentimentale, entraînant ou non une blessure d'amour propre, revers de fortune.

Ainsi Mme X... prétend s'être mise à boire à la mort de sa fille, mais l'enquête nous a montré qu'elle buvait déjà avant.

Cav... boit surtout depuis son divorce, mais il a une hérédité alcoolique et il buvait avant puisque sa mère reconnaît que c'est en partie la raison de la séparation d'avec sa femme.

M... dit qu'il cherche l'oubli dans l'alcool. Il boit quand il a le cafard. L'ivresse lui permet d'oser quelques violences afin de revoir sa femme et ses enfants pour lesquels le droit de visite lui a été retiré. Parallèlement à ses excès alcooliques il a des moments " où il veut mourir "; il a tenté de se pendre dans sa cellule du commissariat, tenté un autre jour de s'empoisonner et une troisième fois de s'ouvrir les veines. Ses réactions violentes ainsi que son comportement familial habituel, brutal et égoïste ont amené son divorce.

Enfin, si l'on trouve fréquemment des divorcés, on trouve presque autant de célibataires et d'hommes mariés.

Les chagrins sont assez rares et s'ils sont invoqués, c'est par une tierce personne - la mère souvent - qui cherche à excuser le malade. Ces alcooliques buvaient déjà avant la cause déclenchante invoquée, leur alcoolisme s'étant seulement aggravé à ce moment là. Pour soutenir cette assertion, remarquons que certains, en effet, boivent uniquement dans des circonstances pénibles et difficilement surmontables par eux. Mais il ne s'agit pas de vrais alcooliques; ils sont internés pour des troubles aigus du comportement, mais aussi très passagers, et qui rétrocedent dès le



sevrage. C'est une flambée qui ne dure que ce que dure la cause.

Mr G... arrive à l'hôpital agité et considéré comme dangereux pour sa femme qu'il a menacée d'un fusil.

Depuis un certain temps il ne travaillé guère et est souvent ivre. L'histoire nous montre qu'il vient de subir de grosses pertes d'argent et que c'est un mari jaloux avec d'autant plus de raisons qu'il est trompé. Ses excès remontent au début de ses ennuis; mis au repos physique et moral, ce malade n'a aucun stigmate d'alcoolisme chronique et ne s'adonne plus à la boisson. Ce n'est donc pas un alcoolique au sens exact du mot. Nous venons de voir que toutes ces circonstances extérieures qui se rapportent avec une certaine régularité ne sont pas des conditions absolues de l'alcoolisme mais seulement des prétextes fréquents.

RECHERCHONS DONC MAINTENANT LES FACTEURS CIRCONSTANTIELS PROFONDS DE L'INTOXICATION ETHYLIQUE CHRONIQUE.

Pour étudier la personnalité de l'alcoolique, nous avons cherché à suivre l'évolution d'un individu qui est devenu alcoolique, espérant saisir ainsi la genèse de l'alcoolisme chez cet individu et enfin nous nous sommes demandés si comparant un grand nombre de sujets éthyliques, nous ne trouverions pas à peu près les mêmes situations. Autrement dit, nous avons étudié le terrain sur lequel pousse l'alcoolisme. Cette étude repose sur l'interrogatoire du malade complété par l'interrogatoire de la famille et l'enquête sociale.

L'interrogatoire du malade s'est fait plutôt sous la forme de conversations orientées au cours desquelles le malade se raconte. On cherche à faire préciser toutes les conditions de développement, toutes les condi-



tions de vie du malade, de son enfance à sa vie actuelle qui l'on amené à l'hôpital.

Rien n'est indifférent:

#### Le milieu de l'enfance

Les rapports avec les parents, les frères et soeurs et les camarades.

La fréquentation scolaire

nous fera connaître l'expansivité ou le repliement du malade, mettant en évidence son isolement affectif précoce sous l'effet d'un traumatisme psychologique dont la psychanalyse nous a appris l'importance dans l'enfance

Et nous apprendra quels ont été ses possibilités et son développement intellectuel.

#### Son comportement à l'adolescence

- le choix d'un métier ( ou l'absence de choix ), les fréquentations, les goûts, les distractions.

- le service militaire où le malade aura adopté une attitude passive ou au contraire indisciplinée,  
nous permettront autant de coups de sonde sur la réalité du contact social du sujet, sur son adaptation au monde extérieur, sur sa participation à la vie, sur son dynamisme.

#### Son attitude dans le mariage

- le mode de vie du couple

- le comportement du malade:

vis-à-vis de sa femme

vis-à-vis de ses enfants

nous révéleront la nature de son affectivité actuelle, la valeur et la forme de son attachement conjugal, la profondeur de son insertion à la



famille en tant qu'unité, que cellule sociale.

De ces interrogations et de leur comparaison nous avons tiré un profil général de la

personnalité psychologique de nos malades

La personnalité d'un individu se formant dès l'enfance, nous ne nous étonnons pas de trouver des traumatismes psychologiques de l'enfance chez nos malades. Ils ont vécu leur jeunesse dans un climat défavorable: déracinement du milieu familial, mauvais traitements ou injustice vis-à-vis des frères et soeurs. Le futur alcoolique n'a pas de foyer normal dans l'enfance, qu'il s'agisse de la carence du père, de celle de la mère ou parfois des deux.

OBSERVATION I - G... Jacques, 36 ans, est enfant naturel, d'un père alcoolique décédé d'une cirrhose à 45 ans et d'une mère qui s'est mariée et rapidement désintéressée de lui; à 12 ans, il travaillait; à 32 ans, son mariage dont il a une fille s'est soldé par un échec et, depuis quatre ans, il se laisse vivre auprès d'une amie qui doit le stimuler, lui chercher du travail. Il est garçon de café et se fait renvoyer de toutes ses places par son manque de régularité ou son ébriété, c'est son amie encore qui doit le faire traiter et soigner. Intelligent mais aboulique, faible et apathique, c'est un bon garçon passif qui ne cherche jamais querelle même lorsqu'il a bu; il ne prend aucune initiative; il promet toujours de travailler mais ses intentions restent sans suite; il invente, nous pouvons même dire qu'il fabule, racontant qu'il a rencontré Un Tel et qu'il va faire ceci ou cela; démentant ses propos le lendemain avec l'apparence d'une entière bonne foi.

Tout son comportement est celui d'un névropathe avant même d'être celui d'un alcoolique.

Dès l'enfance, le destin lui était contraire; enfant naturel, donc socialement en état d'infériorité, il n'a pas connu son père et sa mère s'est pratiquement débarrassée de lui. Il n'intéressait personne dès sa venue au monde. Il n'y avait pas de place pour lui. Plus tard, il s'est réfugié auprès d'une femme à tendances maternelles et se comporte envers elle comme un petit garçon qui se laisse conduire, qui n'évolue plus, ne cherchant par à devenir un homme, ne le désirant pas. Il vit maintenant son enfance manquée; mais dans la vie c'est tout de même un homme à qui



la société donne des responsabilités, celle au moins de se suffire à soi-même, de vivre par soi-même et de cette désadaptation, de cette rupture d'équilibre entre ce qu'il est et ce qu'on lui demande d'être naît un désarroi, un malaise, souffrance à laquelle G... a trouvé un remède, l'alcool, auquel l'incite son métier de garçon de café.

C'est ainsi qu'il buvait quotidiennement cinq à six litres de bière, vin et apéritifs.

Sensibilisé par son hérédité, très rapidement G... en arrive à des troubles d'autant plus graves qu'ils réveillent un terrain épileptique - A la faveur d'un excès, ce malade présente une crise comitiale qui le surprend très souvent dans la rue et se poursuit par un accès de delirium tremens.

Il est désintoxiqué à deux reprises en 1951 par le curéthyl et la strychnine à Paris - envain. Sur les instances de son amie qui ne pouvait plus l'entretenir, il vient à Marseille chercher un emploi. Livré à lui-même, sans appui, il aboutit à l'hôpital d'Aix en état de confusion subaigüe après une crise comitiale.

Chez d'autres malades on retrouve seulement

la privation du père

qu'il s'agisse d'une défection physique

Gi..., enfant naturel, a été élevé par sa mère et a perdu son père pendant la guerre de 1914 alors qu'il était tout jeune;

d'une défection affective

Ger... terrorisé par son père qui le frappait sur des racontars de la grand'mère paternelle est élevé par ses grands parents maternels et n'a jamais plus eu de relations avec son père;

d'une défection morale

véritable défection de prestige.

Cad... a sous les yeux toute son enfance, l'exemple d'un père paresseux et méprisable, toujours entre deux vins, tandis que la mère se tenait au travail pour subvenir aux besoins de la famille.

A l'opposé de la carence parentale, il y a l'excès, aux effets tout aussi funestes. Ici, c'est la mère qui est en cause: la mère dominatrice, la mère autoritaire, la mère possessive, la mère égocentriste. C'est souvent sur un garçon un peu simple que la mère exerce son pouvoir destructeur,



sapant la personnalité de son enfant, détruisant ses possibilités d'extension, de vie normale - et le fils se prête à ce jeu, admirant sa mère, se laissant conduire, réduit toute sa vie à un rôle d'enfant obéissant, tandis que la mère toute puissante, commande, dirige, régente, éloigne toute épouse possible pour son fils. Cette arriération affective s'étale au maximum dans les observations suivantes:

OBSERVATION II - B... est âgé de 48 ans. Depuis 1921, il vit seul avec sa mère, son père, mécanicien est mort d'un cancer à 79 ans et son frère aîné à la guerre de 1914.

Il a toujours vécu près d'Arles, à la campagne, avec " Maman " qui a maintenant 70 ans, mais, grâce à Dieu, est vaillante pour son âge! Elle a toujours été solide et quelle travailleuse! Sa photo est là dans un porte-feuille et B... la sort bien vite pour nous faire participer à son enthousiasme et admirer " Maman ".

B... dit de lui-même " ma mère, c'est elle qui commande à la maison " et il se laisse commander; après avoir été boulanger, puis cultivateur, - ouvrier agricole sans plus, B... est depuis 10 ans cantonnier grâce à " Maman " qui s'est débrouillée pour lui éviter un départ en Allemagne pendant l'occupation. C'est un emploi sûr, qui ne demande pas beaucoup de travail au long des routes provençales et B... n'est pas bien riche avec celà. Mais il donne toute sa paye à " Maman " qui est toute heureuse ensuite de lui donner 100 francs, 200 francs, pour aller boire un verre de vin rouge avec les amis du café; mais quand on est cantonnier on a d'autres occasions de boire !

La vie n'est pas mauvaise, " on vit en bonne intelligence, je suis beaucoup ami avec " Maman ". Bien sur, il pourrait se marier, mais il a le temps, il n'est pas pressé, d'ailleurs il n'est jamais sorti avec une fille et il va continuer sa petite vie étouffée de garçon de la campagne, tranquille et qui n'aime pas le bruit, s'en va se promener seul à bicyclette le dimanche, puis revient finir la journée au café.

Il lit pourtant des romans d'amour sous l'oeil bienveillant de " Maman ".

Il évolue, il grandit, il a 48 ans !

La mère toute puissante a régné aussi sur toute la vie de A... et sur celle de son frère.



OBSERVATION III - A... , 41 ans, est entré à l'hôpital pour éthyli-  
sme chronique avec idées délirantes de persécution et érotomanie.

Tout jeune, il manquait souvent la classe pour aller laver le linge - aussi n'a-t-il jamais pu obtenir son certificat d'études, ses aptitudes scolaires étant déjà assez réduites; et il commence à travailler à 13 ans tout à tour mineur, cantonnier, fossoyeur, enfin bucheron. La vie s'écoule entre le père sévère dont l'importance s'estompe peu à peu et la mère, beaucoup plus douce, et dont l'influence grandit.

A 41 ans, A... aimait toucher sa paye pour la donner à sa mère. Cette dernière devient à peu près impotente et est soignée par ses deux fils qui vivent avec elle et par une fille mariée qui demeure un peu plus loin dans le village. C'est A... qui faisait le ménage avant d'aller travailler. C'est pendant le travail qu'il boit, car il n'aime pas beaucoup aller au café; il est timide et l'a toujours été.

Le dimanche il allait à la mer ou au cinéma avec des camarades voir des " films d'amour ", mais il n'aimait pas aller au bal, il avait honte parce qu'une fois une " demoiselle avait refusé ".

Il ne s'est pas marié pour faire plaisir à sa mère " au plus je restais à la maison, au plus cela lui faisait plaisir ".

Maintenant que sa mère est vieille, il serait heureux d'avoir un foyer et les films d'amour ne suffisant plus à son affectivité inemployée le vin et le pastis aidant, il bâtit un rêve: il aime une jeune fille de 20 plus jeune et en est aimé; ils ne se sont pas avoué leur amour, mais à son visage il a bien compris.... il va attendre sa belle près de sa maison et va à sa quête autour du village - Hélas! les parents de la demoiselle ne sont pas d'accord; elle non plus d'ailleurs, elle en a bien trop peur - et voilà un amour contrarié qui mène notre homme à l'hôpital psychiatrique.

Le traumatisme infantile peut être beaucoup plus complexe et créer une situation franchement névrotique.

OBSERVATION IV - C. B... 38 ans, a perdu son père alors qu'il avait quelques mois; sa mère s'est remariée et son beau-père l'a adopté, mais dès que C. B... atteignit l'adolescence, il entra en lutte ouverte avec lui et maintenant il n'a plus aucune relation avec son père adoptif.

Malgré une éducation soignée et une instruction poussée jusqu'à la classe de lère, C B... n'a pu aller au delà de l'admissibilité à la première partie du baccalauréat, une année à l'école de Notariat ne lui servit à rien; de déchéance en déchéance, il en est venu à tenir un bar dans un petit village au bord de l'étang de Berre. Il s'est marié tard avec une amie d'enfance, elle même divorcée, et de neuf ans son aînée - Il boit tant et tant, jusqu'à quarante apéritifs par jour, qu'il est



arrivé en plein onirisme et qu'il vit encore après un traitement de désaccoutumance au disulfurame de deux mois et demi et onze épreuves de disulfurame-alcool, dans un état de semi-obnubilation - yeux saillants et brillants - pupilles en mydriase - parole bredouillante - tremblements des lèvres et des doigts. Il est retourné à son bar relayer sa femme qui est venue à son tour suivre un traitement de désaccoutumance.

Ce comportement de l'enfant vis-à-vis de la mère trouvera un écho profond dans la vie sexuelle, conjugale de l'adulte - L'alcoolique prolongera sa situation infantile dans sa situation matrimoniale ou sexuelle.

Beaucoup de buveurs sont restés célibataires sans pouvoir chercher à se marier, soit sous l'influence maternelle, comme nous le montrent les deux exemples précédents: OBS .II et OBS III , soit par goût ou pour ne pas avoir à faire face à des obligations nouvelles.

H... , 35 ans, avait bien quelqu'un en vue, mais la vie est tellement chère et comme il était bien à la maison, entre sa mère et sa soeur, il n'a pas poussé plus loin ses projets.

D'autre part, quand on fait le tour de leurs amitiés et de leurs occupations, on est frappé par le fait que nombreux sont les alcooliques qui n'ont pas d'amitié féminine; ceux qui se sont mariés l'ont fait le plus souvent pour des raisons rien moins qu'affectives, ce qu'ils ont recherché dans la femme, c'est la servante qui leur évite tout problème matériel, toute responsabilité.

En fait, l'alcoolique n'a que deux issues dans sa vie conjugale.

Où il n'est rien qu'une loque qui boit, mange et va cuver son vin, menant une vie totalement en dehors de celle de son foyer, ou bien il terrorise sa femme et ses enfants par ses exigences, ses colères et ses violences. Si les conséquences familiales sont opposées, la genèse de ces deux comportements est la même.



Le premier ne cherche pas à dissimuler son échec dans la vie, il boit pour oublier ce qu'il est aux yeux de tous et aux siens, un raté et il trouve dans l'alcool un stimulant, il ose agir alors et quand l'alcool a fini son rôle de stimulant pour devenir un poison, le buveur dans l'abrutissement trouve l'oubli.

Le second compense son échec par des rodomontades faciles dans la famille; il boit pour avoir l'air... son alcoolisme exprime son désir de puissance lui-même révélateur d'un sentiment d'infériorité.

Ni l'un, ni l'autre, n'a réellement assez de virilité, d'initiative de ressort, pour empoigner la vie et la vaincre. Ni l'un, ni l'autre, n'a achevé son évolution, ni l'un, ni l'autre ne sont des hommes.

Des auteurs, Duchêne notamment, ont voulu retrouver la trace de cette arriération affective dans la vie du couple, dans la différence d'âge entre le mari et la femme; la femme plus âgée que le mari remplace la mère, endosse les responsabilités; nous avons retrouvé quelquefois cette différence: 9 ans - 15 mois - 23 ans!

De toutes manières, célibataires, divorcés, mariés tyrans ou esclaves, ces malades sont étrangers à leur entourage, ils vivent la vie des autres sans s'y mêler; ce sont des solitaires.

On retrouve cet isolement dès l'adolescence; ils ont des amis, terme superlatif pour désigner des compagnons de café avec qui ils boivent, discutent parfois sport, parfois politique, jouent aux cartes, mais d'amis vrais, ils n'en ont pas.

Ils sont sociables en ce sens qu'ils parlent à tous, mais tous les



liens ne sont qu'apparents; il n'y a rien qui les attache vraiment.

OBSERVATION V - L..., 50 ans, a beaucoup d'amis, il en a un peu partout, il aime la conversation.

Il nous dit lui-même qu'il n'a pas de regrets de ne pas avoir de foyer. Il vit là où il travaille, chez des cousins, chez des parents éloignés, là ou ailleurs, indifféremment.

Il a divorcé après 6 ans de mariage. Il s'était marié pour avoir quelqu'un qui s'occupe de la maison.

H..., 35 ans, n'a pas de camarades que des compagnons pour boire au café et y jouer aux cartes; célibataire, jamais fiancé, il a toujours vécu seul.

A... 41 ans, ( OBS. III ), fréquente un oncle de sa soeur et un patron, tous deux plus âgés que lui. Nous avons vu dans son observation qu'il ne fréquente pas le café et qu'il boit pendant le travail.

F... 55 ans, vit absolument seul, n'a même pas un camarade, ne parle à personne pour autre chose que le strict minimum nécessaire à une vie obligatoirement sociale.

Bref, tous ces alcooliques ont des camarades pour boire quand ils ne boivent pas seuls - mais pas d'amis. Ils sont étrangers à leur famille, n'y cherchant que des commodités matérielles.

Enfin, deuxième point, ils n'en souffrent pas. C'est eux-mêmes qui recherchent la solitude. Ils ont été seuls dans l'enfance, ils restent seuls dans la vie malgré toutes les possibilités qu'ils ont de combler leur solitude.

OBSERVATION VI - M..., 41 ans, ouvrier agricole en Camargue est le plus jeune d'une famille rurale de six enfants, apparemment, ce malade n'a jamais été isolé. Pourtant jamais il ne s'est entendu avec ses parents, ses frères et ses soeurs. Lorsque ces derniers demandent de ses nouvelles et proposent leur aide, M... refuse avec violence, hostilité, il ne veut plus rien savoir de sa famille.

Le divorce, conséquence de son comportement tyrannique a été pronon-



cé au bout de six ans de mariage au profit de sa femme qui a obtenu la séparation pour violences et voies de faits après boire. Il a trois enfants. Lors d'excès de boisson, il fait du scandale au domicile de son ex-femme: menaces, bris de vitres, vociférations et injures qui amènent régulièrement l'intervention de la police. Il commence à être bien connu des gendarmes de St-G... et d'A... Les procès-verbaux et les enquêtes consécutives ne sont jamais en sa faveur; tout l'entourage s'accorde pour dire qu'il s'agit d'un personnage peu recommandable.

Sans métier, il travaille à la journée dans les rizières et autres exploitations de la Camargue, couchant et mangeant là où il se trouve.

Malgré sa famille et ses trois enfants, c'est un trimardeur.

Ce malade avec qui il est très difficile d'entrer en contact du fait de sa réticence envers tous et contre tout, ne coopère absolument pas au traitement et malgré trois mois de cure au disulfurame et 19 épreuves au vin, il n'éprouve aucun dégoût pour sa drogue et affirme qu'il continuera à s'alcooliser quand il le voudra et tant qu'il lui plaira. Il reconnaît cyniquement son intoxication mais refuse de reconnaître le bien fondé de son internement, refuse d'étudier sa situation, refuse qu'on s'occupe de lui pour sa sortie et son placement chez un employeur éventuel, ne veut pas qu'on se mêle de ses histoires avec sa femme, prêt à recommencer.

Il réclame hargneusement sa sortie avec un air buté, sournois et agressif.

Il est dans le plus complet isolement social et affectif.

Nous avons vu ces buveurs:

dans leur enfance,

dans le milieu conjugal,

- être des isolés, des repliés, ne pouvant s'adapter nulle part et s'accomoder de personne - Aussi leur déséquilibre s'exprimera-t-il par une instabilité affective et professionnelle.

Ils n'ont jamais pu aller jusqu'au bout d'un apprentissage, l'ont abandonné pour essayer autre chose, tombant toujours un peu plus bas,

SAU N...., 47 ans, gardait les moutons dans son enfance, puis a travaillé tour à tour dans une carrière de pierres, dans une usine de



produits chimiques, enfin, depuis dix ans, occupe chez SHELL successivement des fonctions de plus en plus basses, de chauffeur de chaudière finit balayeur.

B..., 54 ans, commence à travailler en usine à 14 ans, puis est apprenti pâtissier, s'engage à la Légion pour 5 ans, travaille en hôtel comme garçon de courses, puis concierge de nuit pendant 3 ans. Nouvel engagement à la Légion pour dix ans, fait toute l'Afrique du Nord, le Sahara, le Tonkin. Revient en Algérie, y travaille comme docker. Contracte un troisième engagement à la Légion et se fait réformer après trois ans pour alcoolisme.

Est au service du Gouvernement français en Allemagne comme portier.

Revient en France: garçon de ferme dans une procherie de l'Isère;

- séjour de 5 mois à la Maison des Anciens Légionnaires;

- Jardinier à Marseille;

- Ouvrier agricole en Seine-et-Oise;

- Vient faire les vendanges à Béziers puis à Pont-St-Esprit.

Arrive enfin dans le service dans une phase de subconfusion avec onirisme terrifiant.

L..., 50 ans, ( de l'Obs V ), de famille rurale, travaille à la ferme, près d'Avignon, jusqu'à l'âge de 28 ans, époque de la mort de son père. Il vend alors son héritage pour prendre un café dans l'Ardèche pendant un an. Reste sans travail un à deux ans. Revient à Cavaillon travailler dans une fabrique d'emballage, fait le manoeuvre un an, successivement maçon, puisatier, charpentier et se place pour six mois comme garçon d'hôtel. Revient au village natal cultiver la terre d'un cousin - Repart à Cavaillon, puis retourne au village.

Tente d'aller travailler en Corse, nouveau retour au village, enfin s'installe chez des parents dans un autre village.

Dit aimer le travail de la terre mais aurait préféré tenir un café.

On pourrait accumuler ainsi les observations; tous ont changé trois ou quatre fois de métier et quand ils ont toujours exercé la même profession, ils ont fait en 15 ou 20 ans un nombre extraordinaire de places.

Il est plus facile de comprendre l'instabilité de ces malades quand



on voit qu'ils ne peuvent s'accrocher à rien.

Ils manquent d'ambition, n'essayent même pas d'améliorer leur sort se désintéressent de l'avenir de leur famille et du leur; ils vivent au jour le jour, n'arrivent pas à se projeter dans l'avenir.

Nos buveurs manquent d'ambition, mais aussi de vocation;

Ils n'ont ni le goût, ni le désir de faire quelque chose.

H... dit spontanément:

" j'ai pas de goût; il n'y a pas de métier qui me plaise, rien de m'intéresse".

Il boit tous les jours trois litres de vin, une dizaine de pastis et une vingtaine de "blanche " ( ~~eau~~-de-vie ).

Ce désintérêt, cette inertie, s'appliquent à tous les domaines. Non seulement ils n'ont pas de vocation, mais ils ne s'intéressent même pas au métier qu'ils ont accepté; ils travaillent machinalement, sans réflexion, sans plaisir.

En dehors du travail, ils ne savent pas s'occuper; aucun de nos alcooliques ne pratique effectivement le moindre sport; quelques uns vont à la pêche ou à la chasse.

La plupart n'aiment pas lire, d'ailleurs ils ne sont pas d'un milieu où on lit beaucoup.

Sur le nombre on trouve un bricoleur;

Beaucoup n'aiment pas le cinéma; ceux qui y vont, vont voir n'importe quoi, pour passer le temps; d'autres vont au bal pour regarder,



plus que pour danser.

Quand notre buveur est las de trainer son ennui et son dégoût, il ne lui reste plus que la partie de cartes au café, avec les consommations que cela comporte.

Nous n'avons jamais rencontré chez nos malades une occupation ou même une tentative d'occupation en faveur d'autrui, ou une participation à un mouvement collectif.

EN RESUME nous nous trouvons en face de malades qui dès l'enfance ont été en lutte à une situation complexuelle plus ou moins évidente et qui n'a jamais eu de solution favorable.

Ces malades se sont sentis inférieurs, se sont mal adaptés et n'ont pu parvenir à leur complète évolution; ils en gardent une arriération affective et une paralysie de leur initiative.

Instables affectivement et socialement, ils ne participent en rien à la vie sociale ou familiale; ils ne participent même pas à leur propre vie. Ils se caractérisent par une absence de dynamisme constructif, ce sont des inefficients par excellence. Ce sont des êtres dont l'élan vital a été stoppé dès le début.

Ces conclusions nous amènent à penser que les facteurs évidents, prétextes de l'alcoolisme que nous avons étudié dans la première partie de ce chapitre n'entrent en jeu dans l'élaboration d'une intoxication chronique que dans la mesure où ils interviennent sur un terrain psychologique prédisposé.



Ils sont la pierre de touche de l'alcoolisme.

Le malade se laissera entraîner par les circonstances, chômage, milieu, profession, par manque de volonté, par suggestibilité. Mais on n'est suggestible que dans la mesure où on est dominé, où on se sent inférieur et notre alcoolique se sent inférieur depuis son enfance: il a été d'échec en échec tout au long de sa vie, échec dans sa vie d'enfant échec dans sa vie d'homme, conjugale, familiale et professionnelle, la source elle-même de ses échecs permanents et successifs venant d'un sentiment de frustration infantile " on se sent inférieur quand on n'est pas aimé.

De pareille constatations font naître un rapprochement entre les névroses et l'alcoolisme, situation névrotique plus ou moins camouflée mais qui éclate assez nettement dans l'observation suivante; laquelle réunit bon nombre des incidences psychologiques qui viennent de faire l'objet de notre étude. Nous allons y retrouver le déracinement, l'indifférence affective, l'indifférence sexuelle, l'isolement physique et moral le manque d'ambition, de vocation, d'attachement à un travail ou à une occupation quelconque, l'instabilité.

OBSERVATION VII - F..., 55 ans, esthonien, est entré dans le service pour confusion mentale aigue à potu suspenso, survenant sur un fond d'éthylisme chronique remontant à 25 ans: dans sa première jeunesse, il a pris des " cuites à la vodka " et depuis l'âge de 23 ans il boit quotidiennement trois litres de vin rouge sans oublier l'alcool. Les seuls accidents alcooliques qu'il ait présentés sont quatre épisodes oniriques semblables à potu suspenso toujours. Son père, propriétaire terrien d'Esthonie le destinait à l'école polytechnique de Riga, mais il dut interrompre ses études à 17 ans du fait de la guerre de 1914. Il avait sa mère et deux frères, il se borne à les mentionner, leur évocation n'éveille en lui aucune résonance affective. A 22 ans, il quitte son pays natal et sa famille pour des raisons politiques et vient contracter, à La Légion étrangère, un engagement de cinq ans à l'issue duquel il



tentera vainement de vivre de nouveau chez lui. De retour en France, il reprend du service à la Légion et pendant treize ans il parcourra l'Afrique, l'Extrême Orient, les champs de batailles d'Europe.

Actuellement, il est retraité et vit d'une pension militaire.

Cet homme est devenu indifférent à son pays d'origine, à sa famille; il a rompu complètement avec son passé.

Jamais marié, jamais fiancé, il n'y a eu dans sa vie aucune affection féminine.

Il n'a pas et n'a jamais eu d'amis, pas même de bons camarades. Il n'a pas gardé les plus simples relations avec ses camarades de la Légion. Il préfère être entièrement seul " comme cela je ne me dispute qu'avec moi-même ", ce n'est pas qu'il soit d'un caractère bagarreur: on ne peut mettre d'agressivité en évidence dans le fond caractériel du malade. Il veut seulement s'éviter des heurts et au moment de son internement il vivait à l'hôtel, ne fréquentait personne, lisant des journaux, des livres, se promenant seul. Il s'agit d'une toxicomanie à l'état pur, ce malade est intelligent, cultivé: il parle couramment le letton, le russe, l'allemand et le français. Il est discipliné, il garde une auto-critique et un jugement intacts; il décrit brièvement sa confusion mentale ainsi " je confonds rêve et réalité ".

L'alcoolisme est ici la contre partie d'une situation psychologique présentant tous les facteurs de l'élaboration d'une névrose. Il n'y entre même pas un besoin de l'organisme puisqu'après la confusion mentale aigue vite dissipée ( 24 à 48 heures ) F... peut de passer de boire. Pourtant on constate un état de besoin psychologique puisqu'à chaque sortie de l'hôpital il recommence à boire.

Le substratum psychologique de l'alcoolisme étant reconnu, il apparaît évident et nécessaire de rechercher chez tout buveur venant se faire traiter, les racines de sa toxicomanie pour tenter d'y remédier en attaquant la maladie non plus dans ses effets, mais dans ses causes.

Pour ce faire, il faut connaître parfaitement le malade et cela est possible par des conversations au cours desquelles on relèvera toute l'histoire de la vie émotionnelle du buveur; ce que Murray, Sullivan et Croen d'Amsterdam désignent sous le nom d'Anamnèse biographique.



Cette connaissance du malade nous permettra une psychothérapie individuelle et nous fera intervenir efficacement auprès de l'entourage pour faciliter ainsi la réinsertion sociale de l'alcoolique et l'encourager.

De plus nous pouvons espérer que " l'anamnèse biographique exerce une action curative par catharsis des émotions refoulées ( Revilliod ),

Bien entendu, la seule psychothérapie ne peut être efficace dans une toxicomanie où se combinent des troubles organiques métaboliques et des troubles réflexes que seules des méthodes chimiques peuvent corriger.



## DES INTOXICATION - DES ACCOUTUMANCE

- - - - -

### METHODES ET COMPLICATIONS

- - - - -

Les travaux récents de Lecoq et Bruel ont montré que l'alcoolisme chronique s'accompagne de déséquilibres humoraux

- chute de la Réserve alcaline
- exagération du rapport sanguin cholestérol-urée

résultats d'un métabolisme perturbé de l'alcool éthylique et est essentiellement lié à la présence dans le sang de dérivés pyruviques, maillons de la chaîne de dégradation de l'alcool éthylique ou acétaldéhyde.

Les troubles humoraux de l'alcoolisme chronique entraînent un état d'excitabilité nerveuse qui caractérise l'état de besoin que calme momentanément puis exagère ultérieurement l'absorption d'alcool ou de boissons alcoolisées ( Lecoq - Chauchard-Mazoué ).

Les médicaments devront donc avoir pour effet de redresser les constantes humorales et par contre coup de supprimer l'état de besoin. C'est le premier temps du traitement, la désintoxication.

LA DESINTOXICATION - Le malade soustrait par l'hospitalisation à son milieu habituel et à ses tentations reste au repos au lit pendant les premiers jours et est sevré immédiatement et complètement d'alcool en même temps qu'une série de quinze injections de l'association Ademine Nicotiramide ( spécialisée sous le nom de Curéthyl B ) permet la catabolisation complète des produits intermédiaires toxiques et au premier



chef de l'acide pyruvique. Parallèlement se poursuit un traitement hépatique. Quinze jours plus tard le malade présente une nette amélioration de l'état général: son obnubilation, s'il était obnubilé, a disparu, il reprend du poids, de l'appétit, il peut dormir, ses tremblements, digital et lingual, ont diminué, ses troubles moteurs ont en partie regressé, c'est alors qu'intervient le traitement de désaccoutumance ou de dégout conditionné pour lequel nous utilisons le disulfurame ( spécialisé en France sous le nom d'Espéral ou de T.T.D ).

La cure de disulfurame agit à la fois en créant des réflexes conditionnés.

Le souvenir de sensations pénibles: bouffées de chaleur, congestion de la face, palpitations, vertiges, est associé à l'absorption du vin et comme antagoniste de l'alcool en bloquant le catabolisme du toxique, il rend l'organisme plus sensible donc intolérant.

Nous amenons le malade à consentir à être traité, ce qu'il fait avec plus ou moins de bonne volonté reconnaissons le ; l'Espéral n'étant jamais donné à un malade à son insu, tant pour les accidents que ce procédé comporterait, que pour l'inefficacité de la méthode ainsi employée; la coopération du sujet est absolument nécessaire à une guérison.

Après un examen cardio-vasculaire, un examen d'urines et un examen du fond d'oeil, le malade toujours strictement sevré d'alcool, prend tous les matins au déjeuner l'Espéral selon le schéma suivant:

- le 1er jour - un comprimé

- le 2ème jour et le 3ème jour - deux comprimés



- le 4ème jour - un comprimé et ce même jour a lieu la première épreuve au vin.

Au cours de la matinée le malade absorbe un quart de vin, ses réactions sont suivies d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure; un infirmier commis à sa surveillance, prend son pouls, sa tension artérielle, sa température; une demi-heure à une heure après l'absorption du vin, on observe une chute de la pression artérielle d'un à deux cru de Hg qui porte également sur la maxima et la minima, la différentielle restant sensiblement identique; la température reste pratiquement inchangée mais le pouls s'accélère jusqu'à 120 - 140 pulsations à la minute environ. Des réactions vaso-motrices cutanées sont plus ou moins prononcées. Le malade présente une congestion de la face, des bouffées de chaleur, une accélération du rythme respiratoire et accuse un malaise général plus ou moins intense. Ces réactions s'accompagnent fréquemment de nausées et même de vomissements. Le malade après son épreuve s'endort quelquefois pour une heure ou deux.

Le malade continue à prendre un comprimé tous les matins, la dose étant diminuée un demi, un quart, ou augmentée un et demi, deux comprimés selon la réponse organique du sujet à l'épreuve disulfurame - alcool.

Les séances se répètent deux fois par semaine et au nombre de huit à douze.

Après quoi le malade accuse un dégoût prononcé de l'alcool: il ne peut le sentir ou même le voir sans en être écoeuré, il peut aller jusqu'aux nausées et aux vomissements.



Mais certains patients continuent à boire et ne présentent pas ou peu de réactions. Nous avons été jusqu'à 18 ou 20 épreuves sans aucun résultat.

Cet insuccès tenait à l'intoxication profonde et irréductible des sujets, mais parfois aussi à leur mauvaise foi: c'est ainsi que des malades qui consentaient ouvertement à la cure, s'empressaient de rejeter les comprimés d'Espéral lorsque l'infirmier était occupé ailleurs. Un de ces malades s'en est même vanté auprès de son entourage et c'est au cours d'une enquête que l'Assistante sociale découvrit par hasard le subterfuge.

Des malades sont sortis désintoxiqués mais non dégoutés à la suite d'une cure d'Espéral, tandis que d'autres sont repartis guéris à la deuxième et même troisième cure. Il y aurait intérêt lorsque le disulfurame ne réussit pas à faire suivre ce traitement plus souvent d'une cure à l'apomorphine.

Les échecs de la cure de désaccoutumance ont quelquefois tenus à l'apparition d'accidents qui ont fait interrompre le traitement: troubles cardio-vasculaires, brulures d'estomac, crises comitiales et accès sub-confusionnels ou confusionnels.

Ces accidents répondent à des contre indications du disulfurame mais ils sont survenus malgré un examen général au bilan négatif, parfois dans des cas où les signes de contre indication paraissaient très peu prononcés.



La souffrance et l'intolérance du système cardio-vasculaire se sont exprimés par:

- une tachycardie
- par une hypertension chez un malade à l'état général habituellement peu satisfaisant mais ne présentant pas de troubles définis. La tension artérielle s'est élevée de 14 - 8 à 22 - 11 tandis que l'azotémie montait à 0gr,81.

- à l'inverse le traitement fut interrompu pour hypotension ( 6 - 3) et menace de collapsus chez un malade atteint de dégénérescence physique et mentale.

- les syndrômes de confusion mentale aiguë et grave ( 5 en moins de 2 ans ) semblent apparaître aussi chez des sujets dont le système cardio-vasculaire est déficient malgré les apparences - Peut être un processus artério-scléreux par une lésion rénale facilite la rétention de produits toxiques libérés lors du test disulfurame - alcool ( on trouve dans ces cas là en effet une hyperazotémie ) et qui à leur tour paraissent en rapport avec la confusion mentale.

OBSERVATION VIII - Un malade de 47 ans dont l'alcoolisme s'exprimait à l'entrée par un syndrome dépressif avec l'obsession de suicide et qu'un précédent traitement poursuivi sans incident avait laissé abstinent cinq mois, au cours d'une nouvelle cure d'Espéral après désintoxication par le Curéthyl, présente un nouvel état dépressif qui s'aggrave d'une sub-confusion avec albuminurie et hyperazotémie.

L'examen neurologique de ce malade s'était montré négatif. Il présentait seulement une importante hépatomégalie - Sa tension artérielle était normale 14 - 8 et l'auscultation cardiaque ne révélait rien de pathologique.

Pourtant six mois plus tard apparurent des signes d'insuffisance cardiaque et une radiographie pratiquée alors nous a montré une dilatation ventriculaire et une aorte dilatée et augmentée de calibre. Le



traitement semble donc avoir aggravé une lésion organique muette jusque là et ce n'est pas un accident cardiaque qui fit interrompre le traitement mais un syndrome psychiatrique aigu.

Ce malade, sorti de son épisode confusionnel, garde un état dépressif traité avec succès par une série d'électro-chocs, mais le traitement est définitivement abandonné; le malade reste un alcoolique; journalier agricole et vivant seul, sa réinsertion sociale s'avère impossible et il reste à l'hôpital dans un service de travailleurs.

OBSERVATION IX - G... Honoré, 55 ans, est entré en état d'excitation psychique du type hypomaniaque avec des idées délirantes de préjudice. Son comportement anti-familial - menaces de mort - violences - exigeait un traitement de désaccoutumance, si on voulait le rendre à la liberté.

Malgré une sclérose vasculaire découverte à l'examen du fond d'oeil et vraisemblablement généralisée, car l'attention avait été attirée par des bruits cardiaques claqués, on tenta une prudente cure d'Espéral. C'est à la dixième épreuve qu'apparut un accès confusionnel aigu avec onirisme et agitation, réplique du syndrome présenté par le malade à son entrée. Le traitement ici encore fut interrompu et G... demeure à l'hôpital avec ses idées délirantes et ses récriminations.

Les crises comitiales au cours de la cure par l'Espéral sont aussi fréquentes que les épisodes confusionnels. Nous savons que ce traitement est contre-indiqué chez les épileptiques, aussi ne traitons nous jamais les épileptiques reconnus, mais à moins de faire un électro-encéphalogramme systématique chez tous les candidats à la désaccoutumance, nous ne pouvons éviter les épilepsies latentes et méconnues dont le malade lui-même ignore l'existence.

M..., 41 ans, éthylique chronique peu tolérant, est interné à l'occasion de bouffées confuso-oniriques.

L'examen préalable permet d'entreprendre la cure d'Espéral qui s'avère peu efficace. A la treizième épreuve, le malade présente une série de crises comitiales. Interrogé par la suite, il reconnaît avoir présenté longtemps avant des crises semblables dont il ignore visiblement le caractère et qu'il avait pratiquement oubliées.



M... est un instable, un peu clochard, qui a un fond de déséquilibre sur lequel s'est développé son éthylisme. Mais ce déséquilibre lui-même n'est-il pas conditionné par sa constitution épileptique?

Par ailleurs c'est une caractérisation connue de l'Espéral de révéler une constitution épileptoïde.

Ainsi G..., (del'Observation I ) commençait ses accès de délirium tremens par une crise épileptiforme et au cours de réactions très fortes à l'Espéral il fera une crise comitiale typique.

Par contre, un autre malade qui avait aussi des crises convulsives lors de ses accès éthyliques sub-aigus subit sans incident 9 tests Espéral - Alcool.

D..., 46 ans, présente brusquement une crise épileptique de très forte intensité - sa comitialité est totalement ignorée mais son intoxication alcoolique s'est traduite à plusieurs reprises par des fugues et de l'amnésie !

Il ne serait être fait de traitement d'Espéral des malades porteurs de troubles endocriniens importants ou mal compensés.

Nombreux furent les sujets traités pourtant et qui souffraient d'insuffisance hépatique, tandis que deux malades virent leur cure interrompue pour hépatite aigue. On préconisait d'atténuer la toxicité propre du disulfurame par l'adjonction de vitamines B3 et B4 dans le but d'aider le métabolisme de l'alcool éthylique qui, même absorbé en faible quantité comme au cours des épreuves, s'accumule dans un foie déficient.

Si le résultat fut favorable dans quelques cas, un malade n'en continuera pas moins les mêmes accidents.

Ces complications sont fréquentes ( 1 pour 5 ou 6 malades ); elles surviennent chez des malades pour qui rien ne le faisait prévoir tandis



que d'autres sujets qui sont dans des conditions physiques semblables subissent sans incident la désaccoutumance. On est en droit de se demander pourquoi le disulfurame détermine toujours les mêmes accidents et pourquoi le malade fait un accident donné et pas un autre.

#### Les accidents du disulfurame

Remarquons la date d'apparition des accidents. Les malades n'ont fait de complications que pendant les épreuves disulfurame - alcool et jamais à la première mais après 5, 8 et plus, souvent 10 à 12 épreuves.

C'est donc la réaction disulfurame - alcool qui est en jeu. C'est la crise thiuramique qui détermine les accidents.

Que se passe-t-il donc pendant cette épreuve?

Le disulfurame bloque au stade pyruvique les euzymes intervenant dans le catabolisme de l'alcool absorbé pendant l'épreuve. C'est un des modes d'action de ce corps chimique comme nous l'avons vu précédemment.

Or nous avons vu également que l'alcoolisme chronique était lié à la présence dans le sang de dérivés pyruviques.

L'analogie entre la crise thiuramique et l'intoxication alcoolique est évidente.

En somme le complexe disulfurame - alcool reproduit tous les effets d'une intoxication aiguë, mais passagère, chez le malade qui assiste à son accès éthylique de pleine lucidité et souffre des symptômes pénibles de la crise thiuramique: nausées, congestion,



malaise, au lieu d'éprouver l'euphorie habituelle.

Mais le processus de la crise thiuramique étant toujours le même, pourquoi un malade fait-il une crise d'intensité très moyenne et passagère et un autre une crise comparable à un accès éthylique suraigu et durable?

Les recherches de Lecoq sur les troubles sanguins de l'alcoolisme nous ont montré qu'il faut s'attendre à ce que la correction des perturbations sanguines par la désintoxication ne soit jamais absolue ni totale. Elle sera d'autant moins absolue que l'individu sera arrivé en état plus avancé d'imprégnation. Or il est évident que la surintoxication alcoolique renforce l'action toxique du disulfurame. C'est la raison pour laquelle on ne doit pas donner d'Espéral à un sujet ébrié sous peine d'accident mortel. Chez un malade en état déficient ou dont l'intoxication massive ne peut être jugulée complètement, nous aurons une accumulation de toxicités:

- Toxicité propre du disulfurame,
  - Toxicité de l'acide pyruvique libéré par la réaction disulfurame - alcool de l'épreuve
- et celle de l'acide pyruvique restant d'une désintoxication incomplète.

Les accidents se sont produits en effet chez des malades affaiblis ou très imprégnés.

Nous pouvons donc conclure à l'identité des accidents de la crise thiuramique et des accidents de l'intoxication chronique.

Envisageons maintenant la pathogénie de ces accidents et des



accidents cardio-vasculaires d'abord. L'hypertension artérielle se produit pendant la crise thiuramique du fait de l'agression alcoolique sur un organisme devenu intolérant par un mécanisme explicable par la conception de Selye qui fait de l'hypertension artérielle une maladie d'adaptation.

" Toute agression peut être à l'origine de ce syndrome à condition que l'agression rencontre une défense de l'organisme: laquelle entraîne une poussée catabolique qui exerce ses effets perturbateurs par l'intermédiaire de la surrénale et aboutit à la rétention par le rein fragilisé de substances toxiques hypertensives.

Selye - Ann. Endocrinol 1946 - Tome 7 p. 289

La crise thiuramique que nous venons d'assimiler à une intoxication aiguë par l'alcool peut être considérée comme une agression selon la conception de Selye. Dans le malade présente un accroissement de la poussée sanguine et une augmentation de l'énergie et de la fréquence des contractions cardiaques.

Si l'agression alcoolique ne rencontre pas de défense de l'organisme, nous nous trouvons dans le cas d'une intoxication massive pour la même quantité d'alcool absorbée. L'étude pharmacodynamique de l'alcool au stade ultime de l'intoxication par des doses relativement considérables nous montrent qu'alors on observe des phénomènes inverses des précédents, fait qui tient sans doute à ce que les fortes doses d'alcool excitent les noyaux d'origine des pneumogastriques, d'où pâleur, tendance syncopale et hypotension. Nous constatons que les malades qui ont ébauché un collapsus cardiaque étaient affaiblis ou présentaient une dégénérescence physique.

Reste l'explication des crises comitiales et des accidents confusionnels.



Tous ces malades à leur internement présentent des crises épileptiformes ou des accès confusionnels. C'est l'expression chimique d'un alcoolisme particulièrement mal toléré et le signe d'une imprégnation profonde et tenace qui résistera en partie à la désintoxication malgré l'amélioration de l'état général.

Il est probable que le disulfurame rendant le malade intolérant à l'alcool et agissant sur un organisme encore imprégné, le malade se retrouve dans les mêmes conditions physiques que lors de l'intoxication massive de son entrée. Il nous est facile maintenant de comprendre pourquoi le <sup>même</sup> malade présente toujours le même accident. Le disulfurame agit en rendant l'organisme plus sensible encore à l'agression alcoolique mais d'une façon transitoire pendant la durée d'action du produit. Si l'état général est resté déficient, l'agression éthylique entraînera des perturbations plus profondes et sera plus choquante et il est normal que ce soit l'appareil le plus fragile qui soit touché le premier par cette agression. La réponse organique ne sera plus transitoire mais à cause des perturbations provoquées, elle durera quelques jours ou quelques semaines, survivant à l'élimination de l'Espéral.

Si le malade au rein fragilisé ou au système cardio-vasculaire déficient exprime son alcoolisme par une confusion mentale, il réagit à l'épreuve disulfurame - alcool par une confusion mentale. Si le malade a une constitution épileptoïde et exprime son alcoolisme par des crises convulsives, il réagit à l'épreuve disulfurame - alcool par une crise comitiale.

Le dégoût conditionné à l'alcool par l'Espéral s'étant avéré impossible à obtenir chez certains malades susceptibles d'être rendus à une vie sociale active et les conséquences psychologiques facheuses qui en résulteraient à la



fois pour le malade, pour l'entourage et sur les autres buveurs du service encore en traitement, nous on conduit à adopter une autre méthode de désaccoutumance: le conditionnement à l'apomorphine que nous n'avons mis en pratique qu'après échec du traitement à l'Espéral.

Ici nous n'avons fait que créer un réflexe conditionné, utilisant l'action nerveuse centrale émetisante de l'apomorphine qui ne donne aucune réaction spéciale avec l'alcool. De plus l'apomorphine est douée d'une nette action désintoxicante qui intervient secondairement selon un mécanisme qui demeure inconnu.

Nous avons suivi la technique décrite par Caron dans les Ann. médico. psychol. de Février 1952.

" Une dose d'apomorphine de 1 cgr., en injection sous-cutanée, produit dans les minutes suivantes, des effets végétatifs plus ou moins intenses, avec modifications vaso-motrices (généralement, pâleur, quelquefois sueurs) des bâillements, des crachements, quelquefois un certain degré de torpeur, et enfin, dans un temps qui va généralement de trois à quinze minutes après l'injection, des efforts de vomissement. Si l'on fait absorber du vin quelques minutes après une injection d'apomorphine, on pourra obtenir un vomissement, qui suivra plus ou moins rapidement cette absorption de vin. Nous nous sommes toujours attachés à faire en sorte que le vomissement réponde aussi immédiatement que possible à l'absorption de chaque verre de vin.

Lors d'une première épreuve à l'apomorphine, nous notons soigneusement



le temps d'action nécessaire pour obtenir le vomissement, et, en nous aidant de l'observation des réactions nauséuses, nous nous efforçons, les fois suivantes, de faire boire nos verres de vin au moment où le vomissement est prêt à intervenir, de telle sorte que nous réalisions des " allers et retours " du vin. Après avoir fait notre injection d'apomorphine, nous attendons ainsi généralement trois à quatre minutes, quelquefois plus, selon les résultats des épreuves antérieures pour le même malade et nous commençons à administrer une série de verres de vin, à des intervalles de une ou plusieurs minutes entre chaque verre de vin. Nous administrons ainsi quatre à six verres de vin, dans un laps de temps total ne dépassant pas, en principe, dix à vingt minutes, durée de l'effet de l'apomorphine ".

Nous avons observé chez un malade ainsi traité une rapide accoutumance à l'apomorphine de sorte que dès la troisième séance il nous a fallu atteindre log 5.

Les incidents observés, pâleur, lipothymies, ont été rapidement jugulés par une injection de solucamphre et de caféine que nous avons d'ailleurs pris l'habitude de faire avant la séance.

Le malade G... se dit dégoûté après la quatrième séance et doit faire de gros efforts pour boire le troisième verre de vin rouge que nous lui présentons au cours du traitement.

Il nous dit retrouver au cours de cette épreuve les impressions pénibles de lendemain d'ivresse, qu'il vit consciemment à la fois comme acteur et comme spectateur.

Les contre indications de l'apomorphine sont pratiquement les mêmes que celles du disulfurame: troubles cardiaques, circulatoires, hépatiques



graves, lésions gastriques, état général déficient. Le conditionnement est long à s'installer si le malade n'a jamais été traité et la cure nécessite une longue hospitalisation décourageante sinon irritante, pour le malade et la famille.

Enfin ce conditionnement n'est valable que pour un alcool donné. Fort heureusement la plupart de nos buveurs usent de vin rouge, les apéritifs ne venant que comme appoint et ce pour des raisons financières tenant au milieu.



## LES RESULTATS LOINTAINS

### LE DEVENIR DES ANCIENS BUVEURS

---

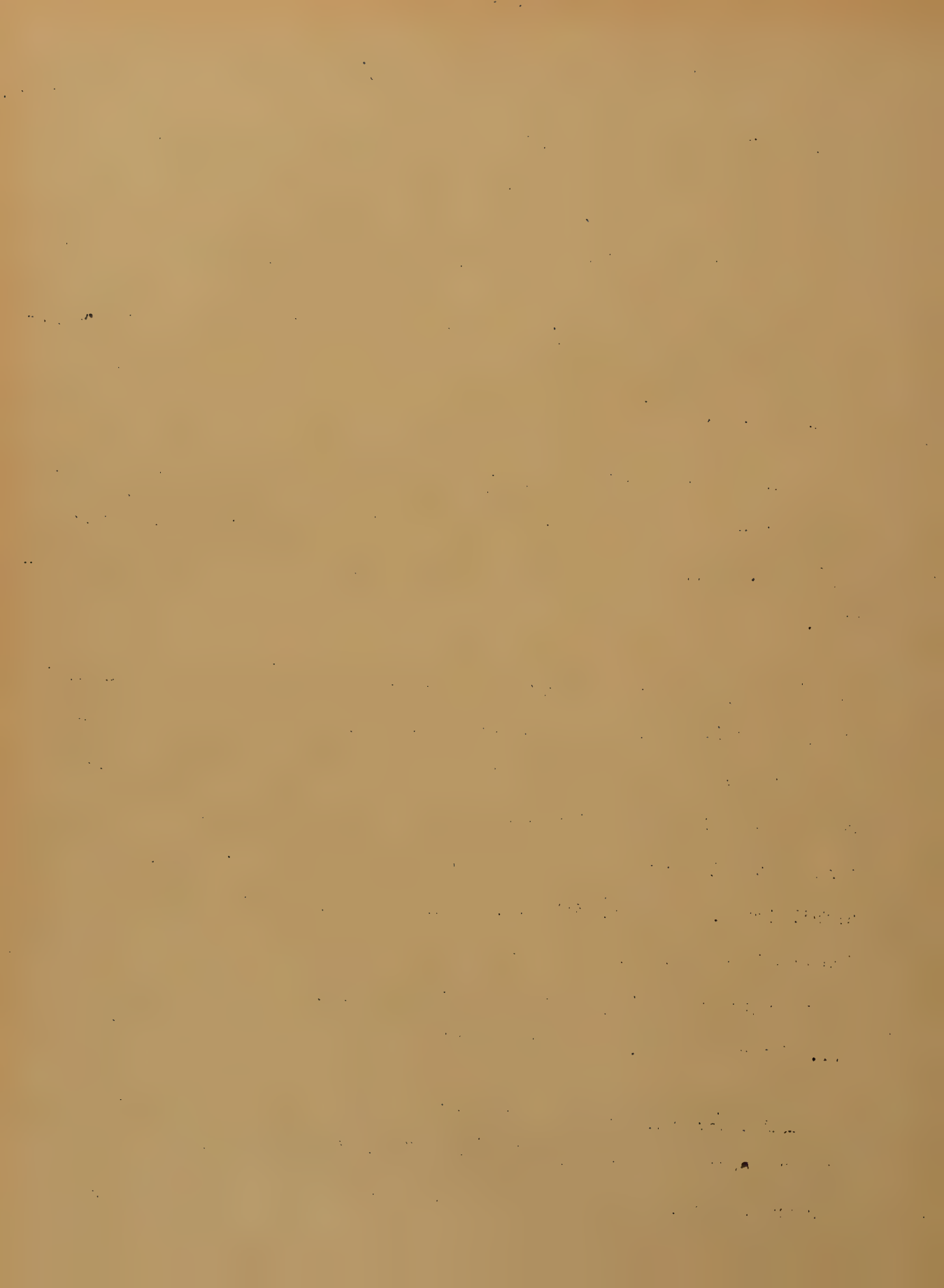
Le critère de la guérison est la réinsertion sociale:

Le malade ne boit plus, ne présente plus de troubles graves du comportement; il a repris un travail régulier, il est intégré à sa famille et à son groupe.

Pour parler de guérison il faut que l'ancien malade soit resté un an abstinent - Toutefois ne sera vraiment guéri que celui qui, dans les années suivantes, pourra boire du vin normalement sans retomber dans son intoxication.

Nous ne tiendrons compte que des résultats de 1950 à 1951 pour avoir une perspective dans le temps: sur 38 cas en 1951, 20 guérisons. Par contre nombreuses sont les rechutes au bout de quelques mois, certains malades sortant en affirmant qu'ils continueront à boire même lorsqu'ils en admettent toutes les conséquences. Ce sont les malades qui présentent un gros affaiblissement du sens éthique; révoltés perpétuels, ils montrent un égocentrisme et un manque d'adhésion incroyable; rien ne peut les accrocher, aucun argument ne tient devant leur inconscience; nous avons vu le cas de M.... Observation VI.

Les difficultés peuvent s'accroître lorsque l'entourage incompréhensif soutient obstinément le malade dans ses errements. Les rechutes paraissent à priori beaucoup plus probables lorsque l'alcoolique reste soumis aux



mêmes sollicitations des amis, des cafés, aux mêmes difficultés familiales, conjugales etc... Bien des raisons concourent à cette attitude opposante:

- les préoccupations matérielles, le plus souvent pécuniaires de la famille qui entre en lutte ouverte avec le médecin, réclamant la sortie du malade sans attendre la désintoxication.
- l'aspect coxitif trop souvent mêlé au problème thérapeutique dans l'esprit du public; le malade quitte le service comme il quitterait une prison et oublie volontairement tout ce qui lui rappelle son internement; le traitement apparaît alors comme une contrainte contre laquelle l'individu entre en rébellion.

C..., 48 ans, terrassier, est entré après l'intervention de la police: il a donné un coup de couteau à son beau-frère sous l'influence d'idées de jalousie délirantes. Il proteste contre son internement, n'admet pas le caractère anti-social de son acte et de ses habitudes éthyliques. Il continuera de boire " chaque fois qu'il aura soif ". Nie avoir agressé son parent et lorsqu'on lui cite les faits répond: " Oh, pour un petit coup de couteau ! "

Le famille est totalement incompréhensive; elle fait sortir le malade avant la fin du traitement et malgré tous les avertissements.

La femme devait prendre la gérance d'un café et elle persiste dans cette idée.

C'est inconsciemment parfois aussi que l'entourage contribue à la rechute du malade.

En adoptant vis-à-vis du malade une attitude dominatrice que l'alcoolisme de celui-ci rendra plus facile.

Ou en profitant de l'affaiblissement du sujet pour lui faire subir des brimades, des moqueries, auxquelles le malade ne pourra réagir qu'en retournant à l'alcool.

Ce qui nous ramène au problème psychologique posé par le buveur et son entourage et nous invite à compléter la cure de désaccoutumance par



une psychothérapie adoptée au malade et à son cas social, familial et professionnel actuel. Par une attitude compréhensive au cours de ses entretiens avec son patient, le médecin encourage le malade, lui redonne confiance et espoir en lui retrouvant une place dans son groupe, en manifestant de l'intérêt à cet individu qui n'avait plus de valeur.

Aidé et soutenu dans son effort pour obtenir sa guérison, le malade travaille effectivement à sa désaccoutumance, la souhaite et retrouve des perspectives d'avenir.

Parallèlement, l'entourage, averti et éclairé, reprend le malade dans la communauté et l'intègre au groupe dont il était inconsciemment séparé.

Lorsqu'un malade arrive, le premier geste est donc de le désintoxiquer: curethyl - traitement hépatique, rénal, etc... Le malade retrouve sa lucidité, son état général s'améliore, il se sent mieux que jamais; il commence à trouver quelques avantages à cette nouvelle vie. Il devient accessible à un raisonnement, parfois à la persuasion; on entreprend alors une cure de désaccoutumance en même temps qu'une psychothérapie.

Vient ensuite le moment de la sortie préparée par le médecin dans la famille, par le service social dans la profession.

Ainsi le traitement d'un alcoolique sera complet, aura toutes chances de réussir et d'avoir des suites efficaces et durables.

L'exemple suivant est démonstratif à cet égard.

OBSERVATION X - G... 47 ans, manoeuvre maçon, était l'ainé d'une famille de sept enfants dont la père était artisan. Sa mère était trop jeune à



sa naissance pour s'opposer à l'influence de la belle mère sur son mari. La grand'mère paternelle dressait le père contre le fils par des récriminations incessantes. Les coups pleuvaient et l'enfant terrorisé se réfugiait sous le lit. Les grands parents maternels s'alarmèrent de cette situation et prirent l'enfant avec eux; G... a passé une enfance heureuse à leur foyer; il fréquentait ses frères et sœurs à l'école et dans la famille et vivait à quelques pas d'un foyer qui n'était plus le sien. G... n'a pratiquement plus été en relation avec son père; il le rencontrait dans la rue et s'enfuyait à son arrivée quand, par hasard, il se trouvait à la maison paternelle.

A 15 ans, à sa sortie de l'école où il n'a pu obtenir le C.E.P., il fait un apprentissage de serrurerie pendant trois ans et suit des cours aux Arts-et-métiers.

Malheureusement un handicap physique l'oblige à renoncer, vers 17 ans, à ce métier qui lui plaisait beaucoup. Dégouté, il abandonne l'idée d'une autre profession et s'emploie comme manoeuvre maçon ou fondeur, un peu partout, à la satisfaction de ses employeurs.

Il se marie à 20 ans avec une femme un peu plus âgée, dont il a six enfants.

Vers 27 ans il a pris l'habitude de boire - il gardait, reconnaît-il, un peu trop d'argent pour acheter des cageots de dix bouteilles qu'il portait chez lui " c'est à la maison que je me saoulais, pas au café ".

Il s'ensuivait des disputes fréquentes mais G... n'est jamais passé à la violence, car c'est sa femme qui mène la maison et lui plie toujours.

Malgré les reproches de sa famille et les remontrances de ses amis, G... persiste 20 ans dans son alcoolisme, enfin, un jour qu'il criait un peu trop sur la voie publique, le police vient lui donner le conseil d'aller se faire traiter avant qu'il ne soit trop tard et qu'elle soit obligée d'intervenir plus activement. Le lendemain G... était à l'hôpital. Hélas! un traitement de plus de trois mois à l'Espéral reste sans résultat: G... ne manifeste aucun dégoût après dix huit épreuves et à chaque permission se montre chez lui égoïste, exigeant pour tout, rechigne pour rien, reste oisif et, à l'occasion, dit aux voisins que son traitement ne lui a rien fait et qu'il se demande pourquoi l'hôpital le garde puisqu'aussi bien il boira toujours.

Dans de telles conditions, il devenait difficile de rendre à sa famille ce père de six enfants et difficile de garder plus longtemps ce malade placé volontairement. C'est alors qu'on lui proposa une désaccoutumance à l'apomorphine; à l'occasion de chaque séance, on fit parler le malade sur lui-même, raconter sa vie, ses ennuis, puis la conversation s'engageant à trois ou quatre avec le concours d'infirmiers présents.

On parlait surtout des enfants ( c'était le moment de Noël ), des



travaux masculins à la maison, des difficultés de la vie et de leur solution. G... voyait vivre dans ces conversations d'autres foyers et pour n'être pas en reste retrouvait dans sa mémoire des mots de ses propres enfants, le souvenir de scènes familiales. Il confiait alors l'ennui que lui causait ce traitement et sa hâte d'arriver à la guérison, de sortir pour ne plus revenir. C'était le moment de lui donner quelques conseils et de lui suggérer une nouvelle conduite. Puis un jour, il nous raconte qu'il est allé chez lui, qu'il a réparé ceci et celà, qu'il était sorti avec ses enfants.

A chaque permission G..., fait des progrès dans l'estime de sa famille ( dûment avertie ) et revient poursuivre sa cure avec chaque fois plus d'espoir. Enfin, après un mois, il nous quitte définitivement en promettant de revenir se présenter quelques semaines plus tard et de poursuivre son traitement d'Espéral.

Ce qu'il fit.

Maintenant encore il se maintient dans de bonnes conditions, il ne boit plus, il travaille, il vit dans sa famille où il a retrouvé la confiance de sa femme et l'affection de ses enfants; et c'est de ce dernier résultat qu'il se montre le plus heureux; c'est aussi cette raison qui l'aidera à persévérer.



## LA POST - CURE

---

Les difficultés rencontrées dans la réinsertion sociale des malades , et l'incertitude où se trouve le médecin quant à la persévérance du sujet rendent nécessaire une post-cure.

Les problèmes de surveillance rééducative et médico-sociale que pose un alcoolique après sa sortie devraient être confiés à un organisme public en relation directe avec le service hospitalier où a été traité le malade; actuellement il n'y a pas de consultation externe ou de dispensaire destiné aux alcooliques et la post-cure est assurée par le Service sociale de l'hôpital sous la direction du médecin ( signalons qu'il<sup>n'</sup> existe pas d'assistant sociale spécialisée dans la post-cure des alcooliques ).

Il est pratiquement impossible de faire de temps en temps subir aux anciens malades une épreuve au vin sous contrôle médical comme il serait souhaitable. Partout les malades doivent être suivis étroitement pendant un an et poursuivre un traitement régulier d'entretien au disulfurame.

La Post-cure pose donc d'abord le problème d'assiduité du malade, il doit se présenter un mois après sa sortie de l'hôpital au médecin traitant qui décide du rythme des consultations ultérieures.

Cette assiduité permet d'une part le contrôle de l'état physique et d'autre part celui de la " bonne volonté " du malade de poursuivre une réelle désintoxication.



Le rôle de l'Assistante sociale consiste à surveiller sur le plan professionnel et sur le plan familial la réinsertion du malade, à l'aider dans les difficultés qui peuvent survenir soit extérieurement à lui, soit du fait d'un fléchissement; il est bien entendu qu'elle doit rendre compte au médecin de ses constatations et de ses interventions.

En effet le malade peut se trouver en présence de différents problèmes dont les difficultés peuvent être une occasion de rechute.

#### Difficultés matérielles:

logement - chômage

#### Difficultés affectives

d'où la nécessité de rester en contact avec le milieu familial tant dans un but d'information que dans un but d'éducation.

#### Difficultés professionnelles

Méfiance de l'employeur,  
Incompréhension devant la nécessité de le reclasser dans un poste mieux adapté à son état et à ses aptitudes.

#### Difficultés morales

Les fréquentations - le café qui attire  
qui découlent des précédentes

Les fréquentations - le café qui attire  
parce que le malade ne trouve pas chez lui un climat favorable.

On pourrait souhaiter en présence de l'irréductibilité du cas que l'état puisse envisager des mesures légales permettant, d'une part, d'obliger le malade à subir, même contre son gré, une cure prolongée dans les conditions de contrainte et de surveillance administrative, d'autre part, d'organiser un système de tutelle qui jouerait non seulement pour le malade lui-même, mais encore pour les personnes qui dépendent



directement de lui si elles ne sont pas en mesure de subvenir elles-mêmes à leurs besoins.



## CONCLUSIONS

-----

I - On trouve chez les alcooliques des causes psychologiques à leur maladie  
L'alcoolisme n'est pas seulement une intoxication, c'est aussi une  
toxicomanie et le traitement devra tenir compte de cet aspect du  
problème.

II - La cure doit comprendre

1°) Le sevrage et la désintoxication

2°) La désaccoutumance

dont les complications sont le fait d'un reliquat muet d'impré-  
gnation éthylique et peuvent être en partie évitées par une  
désintoxication prolongée.

dont le nombre des échecs sera diminué si on s'attache à com-  
pléter l'une par l'autre les méthodes de dégoût et si on agit  
sur la psychologie du sujet par:

3°) Un traitement psychothérapique

fondé sur les données psychologiques du malade.

4°) La réinsertion sociale

III- La post-cure permet de prévoir les rechutes et de les arrêter avant  
qu'elles ne soient trop graves.

Elle est laissée à l'initiative de chaque médecin et assurée par des  
moyens actuellement très limités.

Il serait souhaitable que des mesures légales puissent être prises dans  
certains cas et que l'organisation de dispensaires ou de consultations  
externes rattachés à l'hôpital garde aux malades le bénéfice de leur  
traitement.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE  
DE PARIS

VU  
LE DOYEN  
J. BINET

Le PRESIDENT  
J. DELAY

SARRAILH



## B I B L I O G R A P H I E

---

- BARNOLA Assises de Médecine 1952 - N° 3
- J.BIRO Enquête sur la psychologie des alcooliques
- M.CARON Ann. Méd. Psychol. Fév. 1952
- DAIRE Thèse Med. Lille 1939
- DENT Brit. Journ. Inebr. 1934 . 32
- DUBLINEAU Les buveurs difficiles.  
Rapport sur l'organisation et le fonctionnement des  
services pour malades alcooliques.
- J.FOUQUET Etudes anti-alcooliques N° 15
- J.FOUQUET et LECOQ Gazette Médicale de France - 2° numéro de Juillet 1949  
Tome 56 - N° 14
- d° - Thérapie 1949, 4, N° 4
- HALD et JACOBSEN The Lancet 1948, 255 - 1001 - 1004
- M.JAVET Histoire de la Lutte anti-alcoolique en Suisse
- R.LECOQ Revue de pathologie comparée et d'Hygiène mentale 1952  
N° 636 - 637 - 638
- d° - Annales pharmaceutiques françaises Nov. 1950 - Tome VIII
- d° - Annales de Biologie Clinique
- d° - Assises de Médecine 1952 - 10 - N° 4
- d° - Fiches médicales - N° 174 - XVII - Oct. 52
- d° - Société de Biologie - Juillet 1948
- H.REVILLIOD Praxis - Juillet 1949 - N° 30
- RICHAUD et HAZARD Précis de pharmacologie et de thérapeutique
- SELYE Ann. Endocrinol. 1946 - Tome 7
-





